

Reactie op 'Een patiënte met een manische episode na gebruik van een afslankmiddel'

Wij willen de collega's Naarding en Verkes complimenteren met de zeer leerzame beschrijving van een patiënte die een manische episode ontwikkelde tijdens gebruik van amitriptyline en het afslankmiddel Efedra®, dat (onder meer?) efedrine bevat (Naarding & Verkes 2002). Wij willen bij deze gevalsbeschrijving graag enige discussiepunten aandragen, naar aanleiding van wat de recente richtlijn bipolaire stoornissen van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (Nolen e.a. 2001) over deze casus leert. Daarbij realiseren we ons overigens zeer wel dat dit artikel waarschijnlijk al voor publicatie was aangeboden vóór het verschijnen van deze richtlijn.

Allereerst een opmerking over de diagnostiek. Bij de patiënte is de diagnose 'manische episode door een middel' gesteld. De casus wordt echter vooral gepresenteerd, onder meer in de titel van het artikel, als een manische episode na gebruik van efedrine. Er lijkt aan te worden voorbijgegaan dat patiënte daarnaast ook amitriptyline gebruikte. De juiste DSM-IV-classificatie (en titel van het artikel) had daarom moeten luiden 'manische episode door het gebruik van efedrine én amitriptyline'.

De amitriptyline had deze patiënte (naast diazepam) overigens gekregen voor depressieve en fobische klachten bij een borderline persoonlijkheidsstoornis. Daarnaast wordt nog vermeld dat in het verleden sprake is geweest van een 'maniforme psychotische episode' in een periode waarin ook sprake was van misbruik van alcohol en (tegelijktijd?) benzodiazepinen. Onze vraag luidt: Waarom is de diagnose 'bipolaire stoornis' uiteindelijk verworpen? Zou een bipolaire stoornis toch ten minste niet in de differentiële diagnose gehandhaafd moeten blijven? Comorbiditeit met alcohol- en middelenmisbruik komt

zeer veel voor bij de bipolaire stoornis (Ravelli e.a. 1998; Brown e.a. 2001). De differentiële diagnose met de borderline persoonlijkheidsstoornis is vaak zeer moeilijk (Knoppert-van der Klein e.a. 1997). Het feit dat patiënte nu tweemaal een manische episode heeft doorgemaakt (al was dat dan eenmaal tijdens een periode van alcoholmisbruik en eenmaal tijdens het gebruik van amitriptyline en efedrine), sluit de diagnose bipolaire stoornis zeker niet uit. Inderdaad kan de diagnose bipolaire stoornis volgens de DSM-IV-systematiek niet gesteld worden. De recente richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) volgt de DSM-IV op dit punt echter niet, ook al omdat de behandelingen van primaire bipolaire stoornissen en manische episoden die door middelen geïnduceerd zijn, grotendeels hetzelfde moeten zijn (Nolen e.a. 2001).

Nog een opmerking over het gevolgde behandelbeleid: volgens de NVVP-richtlijn moeten patiënten met depressies in het kader van een bipolaire stoornis niet met antidepressiva als monotherapie worden behandeld, maar met een stemmingsstabilisator, al dan niet in combinatie met een antidepressivum. Dit geldt ook voor patiënten die tijdens het gebruik van een middel, zoals een antidepressivum, een manische episode ontwikkelen. Na staken van de efedrine en de amitriptyline heeft de patiënte van het artikel in eerste instantie inderdaad lithium gekregen, maar vervolgens is de lithium toch weer gestaakt, kennelijk wegens twijfel over de diagnose bipolaire stoornis. Toen ze daarna toch weer depressief werd, is paroxetine als monotherapie gegeven. Dit is weliswaar een antidepressivum met een mogelijk kleiner risico op de inductie van een manie dan amitriptyline, maar deze therapie is toch niet conform de NVVP-richtlijn. De kans is zeer reëel dat patiënte op dit antidepressivum opnieuw een hypomanie of manie zal ontwikkelen. Daarom geldt de NVVP-richtlijn ook voor patiënten met door middelen geïnduceerde manische episoden. Dat zich bij de patiënte blijkens het artikel vooralsnog geen bijzonderheden

meer hebben voorgedaan, doet aan deze constatering niets af.

E.A.M. KNOPPERT-VAN DER KLEIN

W.A. NOLEN

LITERATUUR

- Brown, E.S., Suppes, T., Adinoff, B., e.a. (2001). Drug abuse and bipolar disorder: comorbidity or misdiagnosis? *Journal of affective disorders*, 65, 105-115.
- Knoppert-van der Klein, E.A.M., Hoogduin, C.A.L., Nolen, W.A., e.a. (1997). Borderline of misschien toch bipolair? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 409-412.
- Naarding, P., & Verkes, R.J. (2002). Een patiënte met een manische episode na gebruik van een afslankmiddel. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 281-285.
- Nolen, W.A., Knoppert-van der Klein, E.A.M., Honig, A., e.a. (2001). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Amsterdam: Boom.
- Ravelli, A., Bijl, R.V., & van Zessen, G. (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 531-544.

ANTWOORD aan Nolen en Knoppert-van der Klein

De collega's Nolen en Knoppert-van der Klein komen met drie opmerkingen over onze gevalsbeschrijving, refererend aan de mede door henzelf opgestelde richtlijn betreffende de farmacotherapie bij bipolaire stoornissen.

De eerste opmerking betreft de titel van ons artikel. Strikt genomen is deze opmerking terecht, en in de verdere beschrijving en beschouwing wordt door ons ook stilgestaan bij het feit dat patiënte zowel een afslankmiddel als een antidepressivum gebruikte. Zij gebruikte echter al zeer geruime tijd het antidepressivum en werd pas manisch toen zij daarbij het afslankmiddel ging gebruiken.

De tweede opmerking betreft de differentië-

le diagnose. De collega's stellen dat een bipolaire stoornis toch nog steeds niet uitgesloten kan worden. Dit is zeker juist, en wordt in het artikel ook niet ontkend, echter ook niet benadrukt. De opmerking dat het onderscheid van de borderline persoonlijkheidsstoornis vaak zeer moeilijk is, is ons inziens relevanter en speelde bij deze patiënte een belangrijker rol. Onze primaire hypothese betreffende deze patiënte is nog steeds dat zij tot tweemaal toe een toxisch beeld heeft laten zien met manische symptomatologie. Knoppert-van der Klein en Nolen refereren hier aan een nieuwe aanbeveling in de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP, Nolen e.a. 2001), die afwijkt van de DSM-IV-systematiek. De onderbouwing van deze aanbeveling kent echter het minst harde bewijs, en de richtlijn spreekt dan ook van een optie (o). Deze optie is door ons dus inderdaad niet overgenomen in dit individuele geval.

In het verlengde hiervan is ook bij het te voeren behandelbeleid de NVvP-richtlijn niet gevolgd. Dit was inderdaad wegens twijfel over de diagnose bipolaire stoornis. Daarbij speelde de wens van patiënte zelf overigens ook mee: zij weigerde lithium nog te gebruiken. Om toch het risico op verdere manische ontregelingen te verkleinen, is inderdaad – hier dus wel conform de richtlijn – gekozen voor een selectieve serotonineheropnameremmer (SSRI). Ter geruststelling van de beide collega's kunnen wij tot op dit moment (ruim een jaar na de start met de SSRI) vaststellen dat er zich geen nieuwe manische ontregeling heeft voorgedaan.

P. NAARDING

R.J. VERKES

LITERATUUR

- Nolen, W.A., Knoppert-van der Klein, E.A.M., Honig, A., e.a. (2001). *Richtlijn bipolaire stoornissen*. Amsterdam: Boom.